

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR LITORAL**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS NO SETOR DE  
PEDIATRIA DO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL: UMA LEITURA  
A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL**

MATINHOS/PR, ABRIL DE 2015.

**ESTHER ALVES COSTA**

**INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS NO SETOR DE  
PEDIATRIA DO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL: UMA LEITURA  
A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Paraná - UFPR, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação do Professor Dr. Antônio Sandro.

MATINHOS/PR, ABRIL DE 2015.



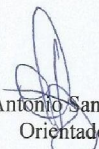
Ministério da Educação  
Universidade Federal do Paraná  
Setor Litoral

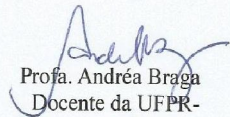


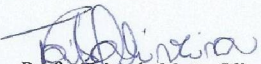
## PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

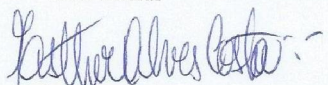
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Orientador Prof. **Me. Antonio Sandro Schuartz** realizaram em 02/07/2015 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **ESTHER ALVES COSTA**, sob o título **INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS NO SETOR DE PEDIATRIA DO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL: UMA LEITURA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL**, para obtenção do Título de **Bacharel em Serviço Social** pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito “**AI**”.

Matinhos, 02 de julho de 2015.

  
Prof. Antonio Sandro Schuartz  
Orientador

  
Profa. Andréa Braga  
Docente da UFPR-  
Setor Litoral

  
Profa. Taisa da Motta Oliveira  
Docente da UFPR – Setor Litoral

  
Esther Alves Costa  
Acadêmica de Serviço  
Social

**Conceitos de aprovação**  
APL = Aprendizagem Plena  
AS = Aprendizagem Suficiente

**Conceitos de reprovação**  
APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente  
AI = Aprendizagem Insuficiente

### OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.

Dedico esse trabalho a minha família, pelo auxílio e disponibilidade de tempo e carinho, que sempre me ofertaram.

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma colaboraram com um pouco de si para que a conclusão deste trabalho. Muito obrigado.

Os ombros suportam o mundo,  
Chega um tempo em que não se diz mais: meu Deus,  
Tempo de absoluta depuração.  
Tempo em que não se diz mais: meu amor,  
Porque o amor resultou inútil,  
E os olhos não choram  
E as mãos tecem apenas o rude trabalho  
E o coração está seco  
A vida apenas, sem mistificação.

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

Este trabalho aborda a questão dos internamentos e (re) internamentos de crianças no Hospital Regional do Litoral no setor de pediatria, tem por objetivo conhecer e compreender as principais causas de internações e (re) internações partindo da observação e da compreensão profissional dos assistentes sociais. Levou-se em conta a experiência dos acompanhantes, a experiência vivida pelas crianças (pacientes) hospitalizadas no setor de Pediatria. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, os dados foram coletados através de observações e conversas com os responsáveis de pacientes hospitalizados no setor pediátrico, no período de 2014. Os resultados mostram que os principais fatores que levam a internação e a (re) internação das crianças junto ao setor de pediatria do hospital são causas ligadas a falta de ambiente seguro com condições básicas de saneamento e alimentação adequada. Os problemas percebidos em relação às necessidades destes hospitalizados e seus acompanhantes foram relativas às questões pessoais de acomodação e à infraestrutura do setor pediátrico, quando ocorrem essas internações ou (re) internações de médio e longo prazo. Durante o período de observação e conversas com os responsáveis nota-se claramente as alterações físicas e emocionais que ocorrem no período de internação ou de (re) internação destas crianças. A experiência relatada pelos responsáveis aponta a necessidade imediata de uma política social para o atendimento desta parcela da população e ainda apresenta como acontece a aquisição do conhecimento a respeito do trabalho do serviço social neste ambiente.

**Palavras-chave:** crianças, hospital, humanização, pacientes, saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1. OLHAR PANORÂMICO SOBRE O SUS.....</b>	<b>10</b>
1.1. A ATENÇÃO À SAÚDE ANTES DA REFORMA SANITÁRIA.....	10
1.2. A REFORMA SANITÁRIA E A ORGANIZAÇÃO DO SUS.....	11
1.3. A REDE DE ATENÇÃO NO SUS E O PAPEL DO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL.....	15
<b>2. O SERVIÇO SOCIAL E OS PROCESSOS INTERVENTIVOS NA SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
2.1. O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.....	18
2.2. PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	20
2.3. OS DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE	
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
3.1. O CAMPO.....	25
3.2. OS SUJEITOS.....	25
3.3. O PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.4. A ANÁLISE DOS DADOS.....	26
<b>4. A INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL: UMA LEITURA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>27</b>
4.1. CONTEXTUALIZANDO O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL.....	27
4.2. OS PROCESSOS DE INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO NA ALA PEDIÁTRICA.....	28
4.3. PROPOSIÇÕES PARA REDUÇÃO DAS (RE) INTERNAÇÕES NA ALA PEDIÁTRICA.....	33
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>





## INTRODUÇÃO

O trabalho do assistente social é pertinente em todas as esferas sociais, mas quando se trata da saúde pública a tarefa é muito ampla, devendo-se lembrar de que é um direito de caráter universal e também um dos fundamentos básicos da profissão de assistente social. Sobre os fundamentos, um dos primeiros e mais importantes é a defesa dos direitos e a promoção da autonomia do ser humano. Para que se compreenda um pouco melhor o desenvolvimento do trabalho é necessário saber o porquê desta problematização.

Ao longo dos 29 anos de trabalho que desenvolvo no setor de pediatria do Hospital Infantil Antônio Fontes, hoje atualmente Hospital Regional do Litoral ambos em Paranaguá, desenvolvendo cuidados com a saúde da criança, constatei que a questão das internações e (re) internações na ala pediátrica é algo constante. Tal situação suscitou diferentes questionamentos, tais como? Quais são as determinantes desse fenômeno? Quais são as causas dos (re) internamentos dessas crianças? São vítimas de maus tratos? Essas causas poderiam ser resolvidas na atenção básica das unidades de atendimento? Como são registrados os casos? Que informações se levam ao Serviço Social? E como o Serviço social pode intervir nesta situação?

No desenvolvimento do trabalho foram realizadas pesquisas e consultas na Internet, o trabalho foi estruturado em três capítulos principais, sendo o primeiro um relato histórico da saúde no Brasil, a sua contextualização e a sua organização até chegar ao Sistema Único de Saúde - SUS. O segundo capítulo aborda a desenvolvimento das atividades do Serviço Social na área de saúde e no último, um levantamento das principais causas ou fatores referentes às internações e (re) internações de crianças no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá, no setor de pediatria: uma leitura a partir da assistência social com foco no projeto ético-político profissional.

No decorrer do trabalho ficou claro que no processo de adoecer não tem um sentido explícito para as crianças (pacientes), mas que a família é um elemento decisivo no auxílio e na adaptação dele frente a essa situação de internamento. Para melhor compreender essas questões, o estudo levantou e analisou a partir da própria percepção do assistente social e de sua experiência as causas de internação e

(re) internação dos pacientes na ala pediátrica. A relevância do estudo justifica-se pela inclusão das causas e possíveis soluções para esses problemas no tratamento dos pacientes. Observou-se ainda que nos últimos anos a preocupação da equipe de saúde com a humanização da assistência e facilitação do acesso de familiares ao cuidado a seus parentes no ambiente hospitalar ajuda muito no tratamento e na diminuição do tempo de internação de alguns casos. É um desafio para o desenvolvimento das ações de saúde a inclusão do paciente e da família no planejamento e efetivação do cuidado no contexto hospitalar e que a criação de recursos de apoio e de espaços onde possam manifestar suas necessidades é sempre válida.

O trabalho é um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, na medida em que pretendeu identificar e caracterizar as causas deste fenômeno, na expectativa de conhecer uma realidade mais detalhada. O trabalho foi desenvolvido no setor de pediatria do Hospital Regional do Litoral. Participaram deste estudo 8 responsáveis de pacientes crianças hospitalizados. Para a coleta de dados foram realizadas observações e conversas informais sobre a caracterização das questões norteadoras. Os dados foram coletados entre maio e dezembro de 2014. Uma vez construídos os registros, formou-se as categorias de análise: atividades desenvolvidas, motivos que os levaram a tal situação, alterações percebidas em seu cotidiano, dificuldades encontradas no hospital e estratégias de adaptação utilizadas durante a permanência no hospital.

## 1. OLHAR PANORÂMICO SOBRE O SUS

### 1.1. ATENÇÃO À SAÚDE ANTES DA REFORMA SANITÁRIA

O Sistema Único de Saúde – SUS como se conhece atualmente foi desenvolvido a partir de um processo a favor da saúde pública brasileira, foi uma enorme movimentação dos setores da sociedade civil, entre eles: agentes da área de saúde de maneira ampla e irrestrita, dos gestores públicos e de toda a comunidade de maneira geral, isto é, a necessidade da criação de uma política de saúde abriu um precedente em nossa história, criando um sistema universal que se caracteriza pela democracia participativa.

Conforme dados de Bertolozzi & Greco:

A saúde até o século XIX era apenas para a classe dominante e a população com menos poder aquisitivo dependia da caridade e filantropia da sociedade, principalmente das Santas Casas e tinha um caráter curativo. Os infectados por moléstias contagiosas eram muitas vezes encarcerados, caracterizando a saúde como um caso de polícia. Nesta época surgiram várias epidemias e houve uma preocupação em relação às condições de higiene e saúde dos trabalhadores. (BERTOLOZZI & GRECO, 1996, p. 104).

Para Scliar (1987, p. 36), "epidemias como a febre amarela ameaçavam a economia agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café, pois os navios se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra". Para Silva (1996, p. 87), "diante de tal situação o governo criou medidas que garantissem à saúde a população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário". Surgem assim, na década de 1910 as CAP'S – Caixas de Aposentadorias e Pensões consideradas a semente do sistema previdenciário atual. É um grande avanço nesta época, as CAP'S - Caixas de Aposentadorias e Pensões, conhecidas como a Lei Elói Chaves, previa aos trabalhadores urbanos assistência médica e aposentadoria. Segundo Bravo (2006, p.90), "os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio-funeral".

A década de 1930 é marcada pelo processo de industrialização e reformas trazidas pelo governo militar de Getúlio Vargas. Dentre as mudanças ocorridas neste período, destaca-se o papel do Estado que passa a intervir nos problemas sociais, ainda que de forma paternalista, havendo a centralização da política da saúde e educação, sendo criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAP, dividindo a saúde em dois setores: a pública e a previdenciária.

O foco principal da saúde preventiva era o de desenvolver diversas campanhas de combate às endemias. Já no setor da saúde previdenciária, caracterizava-se pelo seu caráter curativo e restrito, pois só poderia se utilizar deste direito, os trabalhadores urbanos, contribuintes do IAP. Para Bravo (2006, p.91), "a saúde pública tinha um caráter preventivo e assim centralizou na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo".

Para Simionatto (1997, p.16), "os direitos sociais aparecem aqui de forma particularista, obtidos através da categoria profissional, e da ocupação exercida no âmbito do mercado, sendo a carteira de trabalho o certificado legal da cidadania".

Entre os anos de 1964 a 1985, período dos governos militares no Brasil, a saúde pública foi marcada pela deterioração estrutural, afinal, havia poucos investimentos na área, expandindo endemias em nosso território principalmente nas zonas rurais. Em 1966 surge o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que é a unificação dos IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões), aumentando o controle do Estado sobre a sociedade e beneficiando apenas os contribuintes. Enquanto que a saúde pública estava em condições muito precárias, o governo financiava a construção de grandes hospitais particulares, na condição de que oferecessem serviços aos contribuintes do INPS, também custeados pelo governo.

Quando à saúde parece mais enfraquecida em nosso território, inicia-se um movimento que ganha força em prol da organização e a crítica em relação ao descaso do governo brasileiro com a saúde dos cidadãos, a Reforma Sanitária.

## 1.2. A REFORMA SANITÁRIA E A ORGANIZAÇÃO DO SUS

Segundo Peres (2003, p.32), "no final da década de 70 e início dos anos 80, os sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, questionando a saúde e as

políticas de saúde no Brasil". Ainda segundo Peres (2006, p. 33), "acadêmicos, cientistas e tecnocratas progressistas debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população". Essas discussões foram ganhando força com os movimentos populares, que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário (ditadura).

Conforme Bertolozzi & Greco (1996, p. 108), "a questão da saúde passa a ser problematizada, entrando nas agendas do governo e tendo um caráter político, a saúde passa a ser vista como um direito universal, dentro de um processo descentralizado e democrático". Deu-se o nome de Reforma Sanitária a esse movimento social em favor da saúde brasileira e se propôs a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela Constituição de 1988.

A partir deste processo inicia-se uma grande discussão entre o movimento sanitário que busca melhorias na saúde do povo brasileiro e o setor privado representado pelos hospitais particulares e pela indústria farmacêutica. A Constituição Federal promulgada em 1988 vem tornar-se um elemento de conquista do movimento sanitário, trazendo em sua estrutura principal a busca por enfrentar as desigualdades na saúde, querendo a universalizar dos serviços de saúde, passando ao Estado a responsabilidade de regulamentar, fiscalizar e controlar a saúde pública.

A Reforma Sanitária foi um processo muito importante na história brasileira, pois conquistou respostas as lacunas existentes na estrutura da saúde pública. Porém, ainda existia uma resistência a essas medidas, o serviço continuava sendo ineficaz, fato que contribuiu para que a reforma perdesse sua força.

As bases jurídicas do SUS são encontradas na seção de saúde na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080/1990 e na Lei n. 8.142/1990. A Lei 8.080/1990 estabelece o tripé de sustentação do SUS, ou seja, a universalidade, a qual assegura à população a saúde a todos; a equidade, assumindo que existem diferentes patologias e também diferentes modos de viver, considerando que o Brasil é um país que tem índices de desigualdade sociais consideráveis e que nem todos vivem de forma igual, então se deve tratar de formas diferentes aqueles que são diferentes, dando atenção aos que necessitam; e por fim, a integralidade, considerando que ser saudável é estar bem fisicamente, psicologicamente e socialmente, o atendimento não deve ser o objetivo apenas na cura da doença, mas na sua prevenção para diminuir os riscos a saúde.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O sistema de saúde está pautado em uma gestão descentralizada, de forma regionalizada e hierarquizada. O município é o responsável por executar a política de saúde dentro de seu território, visto que, cada localidade tem sua especificidade e uma atenção especial, quando não dispõe de serviços, pode pactuar com outros municípios, junto ao gestor estadual. Ao Estado compete a gestão das políticas de saúde, organizando todo o atendimento em seu território. Cabe ao Federal, dar diretrizes na política da saúde, se responsabilizando em distribuir verbas para os estados e manter a saúde como direito social. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

No que tange ao controle social no SUS, Lei 8.142/1990, Bravo (2006, p.113) diz que: "o controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas". Assim temos os conselhos gestores de políticas públicas que são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade social. Afinal os conselhos de saúde são espaços públicos de composição plural e paritária entre o Estado e a sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução de políticas públicas setoriais.

Ainda observando os preceitos legais deve-se lembrar de que a porta de entrada ao sistema são os serviços de atendimento primário, os programas de saúde à família nos municípios ou as unidades de pronto atendimento UPA'S e a partir de então, se necessário, são encaminhados para os outros tipos de atendimento, secundários hospitalares e clínicas (atendimento de diversas especialidades) e somente após esse processo de passagem do atendimento primário e secundário, se recorre ao terciário que são os hospitais especializados, tendo uma interação entre os serviços.

Segundo Meldau (2011, p. 02), "o Sistema Único de Saúde – SUS é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público". Assim, a saúde não pode ser vista como a ausência de doenças, o que nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como desigualdade, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta

de comprometimento profissional. No entanto, este conceito foi ampliado, ao serem definidos os elementos condicionantes da saúde que são:

Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.);

Meio sócio econômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos, etc.);

Garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ou seja, de acordo com a nova concepção de saúde, compreende-se que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, e no caso da ausência ou insuficiência nos serviços prestados, o estado pode comprar os serviços de capital privado como forma complementar a rede atenção a saúde pública.

Conforme a Constituição 1988, em seu artigo 199, inciso 1:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. A resolubilidade compõe-se da exigência de um indivíduo que busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente tem que estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo.

A população tem poder de participar do processo de formulação das políticas de saúde, controlando sua execução, definindo suas prioridades, acompanhando e fiscalizando todo o processo, em todos os níveis, afinal, o SUS traz em seus princípios, a participação da comunidade através dos conselhos de saúde.

Segundo dados da pesquisa da frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública:

O que se vê hoje é a mercantilização do serviço de saúde pública, isto é, as privatizações e terceirizações na saúde vão totalmente contra ao que se preconiza no SUS, temos a quebra do sistema, a extinção dos quadros de servidores, a saúde começa a deixar de ser um direito e passa a assumir a visão de produto no mercado. (REZENDE, 2008, p. 42)

Para Bravo (2006, p.100), "a proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída". A saúde fica vinculada ao mercado e uma de suas manifestações é a utilização de agentes amadores para a realização de atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos na área de saúde. Considera-se, portanto, que ações como a criação de leis complementares e medidas provi-



sórias como a que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSH) são descontinuidades e retrocessos na estratégia de qualidade do Sistema Único de saúde - SUS. É neste momento que o projeto de reforma sanitária entra em choque com o projeto de saúde articulado pelo mercado privado, que visa à focalização da saúde, ficando a saúde pública apenas para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade social e que não conseguem pagar um sistema privado, tirando o caráter universal da saúde e desresponsabilizando o Estado de suas funções.

### 1.3. A REDE DE ATENÇÃO NO SUS E O PAPEL DO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL

O Hospital Regional do Litoral tem um papel importante na rede de atenção à saúde na região litorânea, pois é referência no atendimento e tratamento das demandas de média e alta complexibilidade para os sete municípios do litoral paranaense, cuja população residente gira em torno de aproximadamente 350 mil habitantes, número este que triplica no período de verão, elevando assim o contingente de pessoas a um milhão de habitantes.

Segundo dados do Boletim de informações da saúde,

O Hospital Regional do Litoral em Paranaguá, foi inaugurado em 19 de fevereiro de 2009, realiza anualmente mais de 30 mil atendimentos. Ao todo foram investidos R\$ 32 milhões em obras, equipamentos e mobiliário. A unidade conta com 190 leitos, sendo 21 UTI'S, entre neonatais e adultos. (disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo>).

O Hospital Regional do Litoral está estruturado em: Diretoria Geral, Diretoria Clínica, Diretoria Técnica de Saúde e Diretoria Administrativa. Conta com os setores de: farmácia, faturamento, hotelaria, enfermagem, áreas administrativas, assistência social, setor de epidêmiologia, lavanderia, manutenção, entre outros. Seu funcionamento é 24 horas por dia, 7 dias da semana, possui turnos diferenciados de trabalho, contando com servidores de carreira e também terceirizados. Possui ainda posto obstétrico, ala pediátrica, ala cirúrgica, atendimento de traumas ortopédicos, pronto socorro, maternidade, 2 UTI'S entre outros postos de atendimento aos usuários. As equi-

pes são formadas por enfermeiros (as), técnicos administrativos, técnicos de enfermagem, maqueiro entre outros profissionais no desenvolvimento das atividades cotidianas.

Em relação à rede de atenção o Hospital Regional do Litoral tem-se a figura de que é um local adequado para resolver os problemas dos pacientes, mas nem sempre está máxima se efetiva, afinal em muitos casos do atual patamar da saúde, este estabelecimento por vezes não têm cumprido o seu papel de atender a população, na maioria das vezes não por má vontade dos (as) profissionais que ali atuam, mas pela falta dos recursos necessários: faltam médicos, medicamentos, profissionais de vários setores, ocorrem faltas de pagamentos em segmentos básicos do hospital, etc. Segundo relatos da Folha de São Paulo:

O Estado do Paraná encontra-se em meio a uma crise financeira, enfrentam medidas de austeridade, o governo cortou milhares de funcionários, está em atraso com promoções e o terço de férias, paralisou obras e tem a segunda maior dívida entre os estados da federação (1,5 bilhão de reais com fornecedores). O Paraná enfrenta uma crise há pelo menos 2 anos que vem forçando o estado a suspender obras, atrasar pagamentos e parcelar salários. (CARRAZAI, 2015, p. 11).

Mesmo com toda a crise o Hospital Regional do Litoral deve apresentar um modelo de atenção à rede de saúde que seja capaz de dar atenção aos pacientes agudos, mas fundamentalmente aos pacientes com doenças crônicas. Atualmente no pronto-socorro, grande parte dos leitos está ocupada com pacientes que apresentam intercorrências de doenças como diabetes, hipertensão arterial, diarreias, vômitos e traumas de menor complexidade. Esse modelo apregoado pelo hospital cria situações que vão desde a falta de conhecimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, até a má distribuição dos equipamentos de saúde, especialmente de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, esse padrão de distribuição se repete na oferta de profissionais médicos, técnicos e de apoio.

O que se observa não é diferente do cenário Brasil a fora, isto é, à visão da sociedade que enxerga o hospital como a solução para os seus problemas. O modelo de hospital que existe hoje é aquele que é inserido no imaginário da população que vem historicamente associado à busca da solução para os problemas de saúde, basicamente da doença, afinal sempre todo o processo de doença começava, passava e terminava dentro de um hospital.

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores programas de inclusão social do mundo, principalmente quando foca a estratégia na saúde da família, assim em vez de cuidar das doenças propriamente ditas, cuida-se para evitar que as pessoas adoçam. Vive-se uma série de problemas cuja base está na questão do dinheiro, na inadequação e na ausência de políticas para prever a atuação dessas doenças.

## **2. O SERVIÇO SOCIAL E OS PROCESSOS INTERVENTIVOS NA SAÚDE**

### **2.1. O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL**

Segundo Bravo (2006, p. 199), “o novo conceito de saúde, elaborado a partir de 1948, enfocando-se nos aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor de saúde, entre eles os assistentes sociais.” A necessidade de atuação de diferentes profissionais na área de saúde, tornou necessária a participação ativa de equipes multidisciplinares neste segmento de mercado. Deve-se lembrar de que as décadas de 1930 e 1940 ambas são marcadas pela iniciação das atividades profissionais da área de serviço social no Brasil. Neste momento manifestava-se um modelo de serviço social focado na caridade, interagindo quase que exclusivamente em conjunto a Igreja Católica. Após anos de desenvolvimento a profissão começa a ser influenciada pelo modelo de atendimento de saúde americano, com foco positivista.

O interessante é que neste momento a saúde vinha sendo avaliada e debatida em diferentes locais no mundo. A partir deste período o papel de educar os usuários a terem hábitos saudáveis torna-se algo bem visto. Nos décadas de 1960 e 1970, o contexto marcado das atualizações do serviço dos assistentes sociais foi uma maneira de modernizar as práticas dentro da profissão e de também incorporar as novas propostas da saúde, que passa a ter um caráter preventivo, isto é, a saúde tem foco na atuação dos hospitais e nos ambulatórios. É somente a partir da década de 1980, marcada pelos movimentos sociais, principalmente na área de saúde, é que o serviço social vai rompendo com o seu tradicionalismo e ganhando na área da saúde um enfoque mais crítico.

Para Bravo (2006, p.205), "o serviço social na área da saúde chega à década de 1990, ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do movimento de reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão". Trata-se de uma década marcada pelas políticas neolibere-

rais, as quais se confrontam com muitas profissões e seus projetos éticos políticos, percebe-se cada vez mais que as políticas estão localizadas e o profissional tem dificuldade em garantir os direitos sociais. Para o Conselho Federal de Serviço Social:

Na saúde é onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão que passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (CFESS, 2009, p.13)

As atividades praticadas pelo serviço social na área de saúde tem enfoque assistencial, de maneira que suas ações não são planejadas, as respostas são imediatas e não há uma real intervenção dentro da realidade do usuário. O verdadeiro confronto que se trava é para que o serviço social assuma o seu papel na área de saúde, com ações direcionadas no projeto ético político, tendo claro o seu objetivo profissional. O que se percebe hoje é uma prática diária e mecanizada, com ações assistemáticas, com ausência de mediações, o que desqualifica a profissão, pois foge dos princípios ético-políticos do serviço social.

Segundo Vasconcelos é:

Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros – que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição – referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social. (VASCOCELOS, 2006, p.250).

Atualmente, mais do que nunca é necessário refletir na ação profissional, nas competências e na garantia dos direitos sociais, afinal é essa nova posição do serviço social que irá colocá-lo no âmbito interdisciplinar que tem se realizado no campo de conhecimentos da saúde coletiva. Pois são essas ações que permitem direcionar e dar visibilidade a profissão do assistente social, afinal tem-se a total qualificação para atuar junto à área de saúde.

Para Vasconcelos (2006, p. 254), "os assistentes sociais atuam junto a sujeitos que guardam, na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da

questão social." Entretanto as ações do assistente social na saúde devem articular os eixos e as pautas da lógica, do direito e da cidadania. Na área de saúde esta visão reflete cidadania, sendo o assistente social o agente que promove o processo de reflexão e análise sobre diferentes situações.

## 2.2. PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Segundo Gayotto & Gil (2005), "os parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde justificam-se e ampliam-se pelas novas expressões da questão social que abrange cada vez mais a esfera social da saúde". Assim, a Reforma Sanitária, que se iniciou na década de 1970 e que:

Desembocou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), permitiu que a afirmativa contida em seu relatório final assegura-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, incorporando a constituinte na Constituição Federal Brasileira de 1988 (SILVA e ARIZONO, 2008, p. 02).

Em relação aos desejos da assistência social que divide na base da Reforma Sanitária alguns anseios, fica o compromisso da busca constante de uma sociedade melhor. Na área da saúde compreender os aspectos que interferem no processo saúde/doença é necessário, assim como a busca dos elementos estratégicos como uma necessidade para a superação, reforçando o direito social à saúde. Em muitas situações a ação do assistente social não deve ser pautada apenas nos seus usuários, mas também no todo, isto é, nos funcionários da instituição de saúde, fazendo um trabalho que possa quebrar a imagem do "assistencialismo" e que traga a saúde um patamar de direito e não um mero favor. As atividades do serviço social devem ser trabalhadas de forma multidisciplinar, onde todos os profissionais caminhem para um mesmo ponto em comum, mantendo diálogos, discussões, criando debates e também a proximidade entre os profissionais. Não há como se falar da atuação do assistente social na saúde e não mencionar o fator essencial que o serviço social tem na:

Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além

da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde. (SOUZA, 2009, p. 5)

Desta maneira conseguiu-se atribuir a categoria do serviço social, o aparato legal e necessário para a atuação dos profissionais na área da saúde, com o embasamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional específicos da área de saúde. A assistência social procura um profissional com direção em seu projeto, aquele que busca a emancipação, a autonomia e a liberdade de seus usuários, criando pontes, ações que possam alcançar o seu objetivo.

Fica claro que é de grande relevância que o assistente social participe dos conselhos de saúde, incentivando os usuários a fazerem parte também, pois assim, se contribui no fortalecimento dos espaços de participação social. O trabalho dentro da rede de saúde na área de assistência social é fundamental, afinal articula as políticas, visando no todo e não só na demanda específica, o que facilita na resolução de muitos dos casos, pois independente do setor em que o usuário é encaminhado, a rede de atenção à saúde por trás dele tem sempre o mesmo foco. Quando se mantém o foco na rede de atendimento e no serviço humanizado dentro dos âmbitos hospitalares isto se torna um fator essencial e decisivo na melhoria da qualidade do atendimento dos assistentes sociais. Assim, para Ferreira (2009, p.32), "o serviço social que é comprometido com a emancipação igualitária da sociedade, e baseia suas ações na efetivação dos direitos sociais de cada cidadão, na defesa intransigente dos direitos humanos e na recusa do arbítrio e autoritarismo". O serviço social tem como princípio fundamental de suas ações, a busca pela garantia dos direitos dos cidadãos na sua forma íntegra e igualitária na:

Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida [...] Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (FERREIRA, 2009, p. 32).

Segundo Martinelli (2011, p. 46), "o assistente social é um profissional que trabalha diretamente com o usuário, quando exerce suas funções no atendimento com pessoas que estão internadas em hospitais, a fragilidade e vulnerabilidade é ainda maior, e precisam não somente de diagnósticos médicos ou medicamentos,

necessitam também de uma palavra, uma escuta de modo atento, um olhar, de um gesto acolhedor". Quando se oferece atenção ao paciente se humaniza, torna humano o atendimento que está sendo oferecido pelo hospital, desta maneira o assistente social deve planejar suas ações, realizando pesquisas sobre a questão social na saúde, utilizando-se de todos os elementos e também de todas as suas potencialidades.

Segundo Vasconcelos (2006, p. 274), "é a partir dos pressupostos ideopolíticos, que se destaca o compromisso na busca pela garantia dos direitos sociais, civis e políticos nos aspectos populares, para os cidadãos". O assistente social na sua prática profissional deve-se atentar para na análise do processo de disponibilização dos serviços na saúde, tendo como foco, a efetivação dos direitos sociais, e principalmente o direito à saúde, uma contribuição para o serviço de qualidade e humanizado no âmbito público e privado.

Para Vasconcelos (2006,p. 271), "é nessa direção que a assistência social é um bem precioso, tanto para os usuários quanto para os profissionais que dão vida aos conhecimentos que portam a partir de um atendimento de qualidade na direção dos objetivos propostos".

### 2.3. OS DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Atualmente, o grande desafio do serviço social é transformar o modelo conservador e tradicionalista que caracteriza a sua identidade, determinando-o como assistencialista. A necessidade de gestão é presente em todos os setores da rede de atenção a saúde, ela tem que estar presente na agenda, na luta e na garantia das necessidades básicas dos usuários, na preocupação com a qualidade e na humanização. Surge como desafio a necessidade de fortalecer os espaços de debate, os conselhos gestores, as conferências de serviços públicos, as audiências populares, os congressos e os movimentos populares onde os assistentes sociais, gestores, trabalhadores e a população usuária discutam a efetividade dos serviços.

Temos então um movimento em transformação que se aprimora conforme as mudanças vão ocorrendo, daí a grande importância aos assistentes sociais, pois se focam na multidisciplinariedade e no trabalho coletivo. As mudanças sociais que



ocorrem na atividade profissional dos assistentes sociais desafiam os valores defendidos pela classe, proporcionando a crítica e sua apropriação na área das políticas públicas. De acordo com Carvalho a gestão da política social:

Está ancorada na parceria entre o estado, sociedade civil e iniciativa privada e num valor social, que é o da solidariedade. E há também consciência de que não bastam políticas. São fundamentais as premissas que embasam seu desenho. (CARVALHO, 2001, p. 23)

Desta forma esta parceria dos profissionais do serviço social com os cidadãos deve ser um constante meio de ampliação, pois estabelece estratégias e garante a continuidade dos serviços. À capacidade do assistente social em fazer uma leitura das peculiaridades que recaem na realidade social, é uma reflexão que busca obter a melhoria dos direitos individuais, em consonância ao significado social da profissão e das diretrizes que a norteiam e lhe legitimam. Segundo dados:

Pensar no projeto profissional supõe articular essa dimensão: de um lado, as condições macro societárias que estabelecem o terreno sócio histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro lado, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais. (IAMA-MOTO, 2002, p. 77)

Logo, o assistente social deve desenvolver a sua habilidade de visualização do contexto político, social e econômico que condiciona o seu espaço de trabalho e assim a possibilidade de intervenção real. Valer-se da análise do seu meio, como espaço democrático, na busca da definição e delimitação das ideias que irão compor o seu projeto e explicitar a sua capacidade de compreensão da realidade. Acertadamente o CFESS, determinou que:

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPS (1996) e (...) por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos (as) trabalhadores (as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas

para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos. (CFESS, 2009, p. 21)

Dentro deste cenário o serviço social tem no seu processo de emancipação e construção da cidadania um papel fundamental, para que na busca de um atendimento qualificado aos usuários, se propicie também o reconhecimento da profissão e a implantação de seu projeto político ético. Portanto, cabe também ao serviço social defender esse processo de enfrentamento às desigualdades sociais. Embora em muitos casos a prática profissional seja constantemente tensionada, pelo poder hegemônico, ao exercício contrário o serviço social busca reafirmar a sua conceituação e seu comprometimento ao projeto, potencializar sua atuação e sua importância enquanto trabalho profissional gerado pela especialização do trabalho coletivo em respostas às necessidades humanas. Conforme destaca o seguinte entendimento:

O serviço social, entretido pelos interesses em confronto, vai ampliando as suas funções até colocar-se no âmbito da defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas públicas e da democracia. (GUERRA, 2000, p. 85)

Portanto, a profissão do serviço social revê fundamentos e questiona a eficiência do sistema, a fim de ampliar seus conhecimentos e fortalecê-los. É uma forma de legitimar o significado social que lhe é devido, compreendendo que as políticas sociais não devem ser um fim, mas um meio pelo qual a população apropria-se de seus direitos. E mesmo apesar de todos os avanços, como o acesso de parte da população que não tinham direito a esse sistema, as reivindicações por uma saúde melhor são ouvidas por todos os lados.

### 3. METODOLOGIA

A pesquisa metodológica realizada no trabalho foi desenvolvida através de pesquisas e consultas a livros e também a Internet, o trabalho foi estruturado em três capítulos principais, sendo o primeiro um relato histórico da saúde no Brasil, a sua contextualização e a sua organização até chegar ao Sistema Único de Saúde - SUS. O segundo capítulo aborda o desenvolvimento das atividades do serviço social na área de saúde e no último, um levantamento das principais causas ou fatores referentes às internações e (re) internações de crianças no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá, no setor de pediatria: uma leitura a partir da assistência social com foco no projeto ético-político profissional. A pesquisa de campo será feita através da utilização de relatos de acompanhantes de pacientes internados na ala pediátrica do Hospital Regional do Litoral, hospital da rede pública estadual do Paraná, o qual possui convênio de prestação de serviços com o SUS. O trabalho é um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, na medida em que pretendeu identificar e caracterizar as causas deste fenômeno, na expectativa de conhecer uma realidade mais detalhada.

#### 3.1. O CAMPO

O trabalho foi desenvolvido no setor de pediatria do Hospital Regional do Litoral. Os dados foram coletados entre maio e dezembro de 2014. Uma vez construídos os registros, formou-se as categorias de análise: atividades desenvolvidas, motivos que os levaram a tal situação, alterações percebidas em seu cotidiano, dificuldades encontradas no hospital e estratégias de adaptação utilizadas durante a permanência no hospital.

#### 3.2. OS SUJEITOS

Participaram deste estudo 8 responsáveis de pacientes crianças hospitalizados. Para a coleta de dados foram realizadas observações e conversas informais sobre a caracterização das questões norteadoras. No decorrer do trabalho ficou claro que no processo de adoecer não tem um sentido explícito para as crianças (pacientes), mas que a família é um elemento decisivo no auxílio e na adaptação dele frente a essa situação de internamento.

### 3.3. O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

No desenvolvimento da pesquisa foram realizadas conversas informais com os responsáveis pelos pacientes internados na ala pediátrica do Hospital Regional do Litoral, algumas questões norteadoras estavam focadas nestas conversas, pois o objetivo principal era descobrir quais são as principais causas das internações e (re) internações neste setor.

### 3.4. A ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor compreender essas questões, o estudo levantou e analisou a partir da própria percepção do assistente social e de sua experiência as causas de internação e (re) internação dos pacientes na ala pediátrica. A relevância do estudo justifica-se pela inclusão das causas e possíveis soluções para esses problemas no tratamento dos pacientes. Observou-se ainda que nos últimos anos a preocupação da equipe de saúde com a humanização da assistência e facilitação do acesso de familiares ao cuidado a seus parentes no ambiente hospitalar ajuda muito no tratamento e na diminuição do tempo de internação de alguns casos. É um desafio para o desenvolvimento das ações de saúde a inclusão do paciente e da família no planejamento e efetivação do cuidado no contexto hospitalar e que a criação de recursos de apoio e de espaços onde possam manifestar suas necessidades é sempre válida. É um desafio para o desenvolvimento das ações de saúde a inclusão do paciente e da família no planejamento e efetivação do cuidado no contexto hospitalar e que a criação de recursos de apoio e de espaços onde possam manifestar suas necessidades é sempre válida.

#### **4. A INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL: UMA LEITURA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL**

##### **4.1. CONTEXTUALIZANDO O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL**

O Hospital Regional do Litoral é um hospital de médio porte, inserido na comunidade litorânea do nosso estado, teve o início de suas atividades em 2006, presta atendimento hospitalar através de clínicas especializadas a toda comunidade do litoral, bem como aos pacientes oriundos de outros estados. Está localizado no bairro do Palmital na cidade de Paranaguá, pertence à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. A assistência médico-hospitalar se efetua através de consultas ambulatoriais para o tratamento de ortopedia, internações, cirurgias e atendimento de emergência. Sendo referência no atendimento de pacientes de traumas para o litoral. O mesmo tem a função básica da prestação de assistência à saúde por excelência à sua população, atuando e oferecendo todo conhecimento e tecnologias apropriadas no âmbito de saúde. Ainda de acordo com a sua missão ele deixa de ser simplesmente o lugar onde se abrigavam pessoas doentes, passando a ser o local concentrador de recursos tecnológicos e humanos especializados em saúde.

O Hospital Regional do Litoral obedece aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde, da integralidade e igualdade de assistência à saúde. Segundo Castelar:

Hoje o hospital é na maior parte das situações a verdadeira porta de entrada do Sistema de Saúde. A realização de um exame, a consulta de um especialista, a atenção às pequenas e médias urgências significa para a maior parte das pessoas procurarem um hospital. (CASTELAR, 2006. p.78).

Seguindo esta realidade e considerando que a grande maioria dos usuários do hospital é atendida por este modelo de sistema de saúde, o serviço social do Hospital Regional do Litoral enfrenta no seu cotidiano, uma demanda significativa de necessidades, oriundas das condições precárias dos pacientes. Assim, a realidade do serviço social se constrói, a partir dos problemas aos quais se defronta e mesmo

com a falta de políticas públicas, tenta oportunizar as condições reais de atendimento a esta parcela da população e aos seus usuários, caracterizando uma relação contínua de aperfeiçoamento profissional. Neste sentido, se aponta que o atendimento das questões sociais, como um espaço de participação e democracia, e que seja um processo de mediação o despertar de uma nova consciência de cidadania.

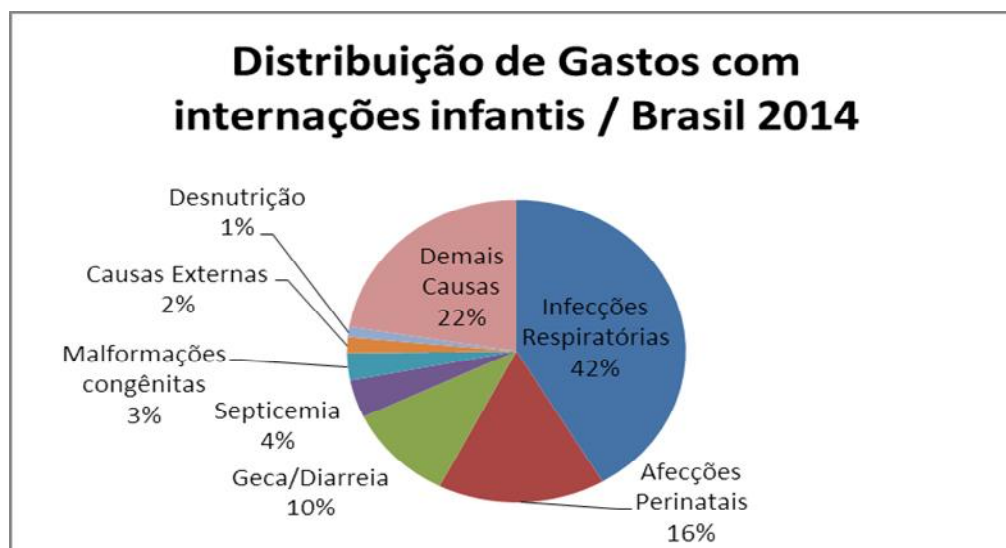
Quando se propõe a mediação do serviço social no contexto hospitalar, o objetivo é promover reflexões, que apontem e edifiquem esta prática a partir dos princípios elencados básicos do serviço social, no sentido de perceber a sua atuação, como elemento transformador dos problemas atendidos pelo mesmo.

#### 4.2. OS PROCESSOS DE INTERNAÇÃO E (RE) INTERNAÇÃO NA ALA PEDIÁTRICA

Com a modernização dos hospitais e das unidades de atendimento, a instituição hospitalar se tornou responsável pela assistência à saúde infantil. À medida que novos conhecimentos no campo da ciência da saúde foram surgindo com diagnósticos, tratamentos e profilaxias das doenças infantis, o nível de complexidade e resolutividade hospitalar foi viabilizando tratamentos eficazes em menor tempo de internação. As informações sobre internamentos e (re) internamentos têm motivado pesquisas e debates para o aperfeiçoamento das políticas públicas. A proposta do trabalho é uma reflexão e ao mesmo tempo um debate sobre as políticas públicas existentes, as causas de internação e (re) internações, o manejo destes pacientes, o trabalho dos profissionais envolvidos, o processo legal nas internações. Segundo Maranhão (2001, p.47), "as despesas geradas pelas internações infantis superam em muitos outros tipos de internações no sistema".

Conforme dados do Ministério da Saúde que podem ser observadas através do gráfico a seguir, as principais morbidades que levam a internações infantis são:

**Gráfico 01** – Distribuição de Gastos do SUS, segundo morbidades 2014.



Fonte: Ministério da Saúde

Em relação ao setor de pediátrico do HRL, onde foi realizado o estudo, nota-se que sua estrutura possui 21 leitos ativos, distribuídos em sete enfermarias com banheiro individuais a cada 3 leitos de cada quarto. A média de ocupação diária dos leitos pediátricos fica em torno de 86% e a permanência em média de dias de internação gira em torno de:

**Tabela 01** – Tabela de comparação de média de permanência hospitalar das crianças de 0 a 13 anos, no HRL e Brasil.

Permanência Hospitalar	HRL	BRASIL
Menor de 1 ano	7,0	8,0
1 a 4 anos	4,7	4,1
5 a 9 anos	5,3	3,8
10 a 13 anos	4,8	4,2

Fonte: DATASUS - GSUS

O Hospital Regional do Litoral é referência no litoral do estado do Paraná para o atendimento de traumas e poli traumas. A equipe de saúde do setor pediátrico é composta por 1 enfermeiro, 4 técnicos de enfermagem, 2 operacionais de serviços de limpeza, 1 médico, 2 assistentes sociais durante o dia e 1 assistente social no período noturno. Conforme dados do Relatório Gerencial GSUS (Sistema de Gestão

Hospitalar e Ambulatorial do SUS de janeiro de 2015, referente às admissões infantis no HRL temos a seguinte tabela:

**Tabela 02** – Tabela de Atendimentos do HRL, no período de junho a dezembro de 2014.

Período de 2014	Atendimentos no HRL	Internações Gerais	Atendimentos Infantis	Internações Infantis
jun/14	3564	698	292	106
jul/14	3679	694	275	97
ago/14	3750	702	303	88
set/14	3817	700	285	77
out/14	3887	679	275	85
nov/14	3830	684	261	65
dez/14	3976	720	235	63
<b>TOTAIS</b>	<b>26503</b>	<b>4877</b>	<b>1926</b>	<b>581</b>

Fonte: GSUS/Relatório de Admissões

Em consequência a essas observações várias são as demandas e novas são as propostas para melhorar os problemas referentes às internações e (re) internações no HRL, notando-se assim que as principais causas de internações do hospital ficam por conta de:

**Tabela 03** – Tabela referente às causas de internações do HRL, período de junho a dezembro de 2014, no setor pediátrico.

CAUSAS	TOTAL DE INTERNA- ÇÕES	% NAS INTERNAÇÕES
Doenças do Aparelho Respiratório	189	32,5%
Afecções originadas no período perinatal	91	15,9%
Doenças do Aparelho Digestivo	46	8,0%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	45	7,9%
Lesões por envenenamento de causas externas	37	6,2%
Doenças do Aparelho Geniturinário	26	4,6%
Doenças do sistema nervoso	21	3,7%
Doenças de pele e do tecido subcutâneo	16	2,8%
Neoplasias	10	1,6%
Doenças do sangue ou transtorno imunitários	15	2,6%
Malformações Congênitas	8	1,3%
Sintomas ou sinais anormais aos exames clínicos	35	6,1%

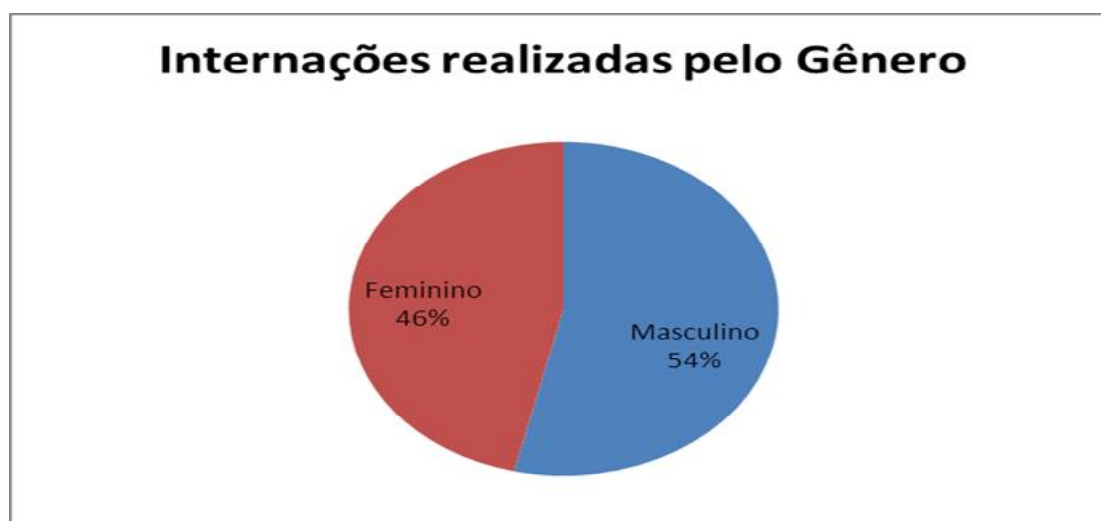


Fatores que exercem influência sobre a saúde	8	1,3%
Doenças Endócrinas	8	1,3%
Doenças nos olhos e anexos	11	1,8%
Doenças nos ouvidos e anexos	15	2,4%
<b>TOTAIS</b>	<b>581</b>	<b>100%</b>

Fonte: GSUS / Relatório de Internações

O que se observa no desenrolar da pesquisa é que as internações em crianças de 0 a 13 anos de idade são muito frequentes, isto é, no HRL no período apurado dos 1926 atendimentos hospitalares no setor pediátrico 581 desses casos foram direcionados para a internação no hospital o que corresponde a 30,1% do total de atendimentos, outra situação detectada é que a média de permanência hospitalar foi mais alta entre os menores de 1 ano de idade, o que leva a acreditar que seja devido a sua vulnerabilidade nesta faixa etária. Outro detalhe observado foi o predomínio do gênero masculino com 312 casos de internações hospitalares o que corresponde a 54% das internações, contra 269 casos do gênero feminino nas internações que corresponde a 46% e seguindo essa lógica pode-se observar através dos dados da pesquisa de Silva (2001, p. 36), "que o sexo masculino agrega mais situações de risco, sendo a baixa renda, baixa escolaridade materna, baixo peso ao nascer, desmame precoce, desnutrição, exposição ao fumo, frio e umidade as principais situações". Conforme observa-se no gráfico a seguir:

**Gráfico 02** – Gráfico (%) de internações por gênero.



Fonte: GSUS

Outro elemento observado na pesquisa em relação as internações é que em relação aos casos de (re) internamentos, se obteve um total de 98 casos registrados no período de apuração e o que se nota foi uma inversão nos números das (re) internações, assim o número de meninos que era maior na primeira internação acaba perdendo para o de meninas nas (re) internações, ficando com um total de 56 (re) internações femininas e 42 (re) internações masculinas no setor pediátrico, conforme pode-se observar na tabela a seguir:

**Tabela 04** – Tabela (%) de (re) internações infantis no setor pediátrico por gênero.

Gênero	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	total
Masculino	5	4	7	6	9	5	6	42
Feminino	7	8	11	7	8	6	9	56

Fonte: GSUS

Nos resultados obtidos entre as (re) internações foi observado que as causas referentes a essas (re) internações ficam por conta das seguintes morbidades, conforme as tabelas a seguir:

**Tabela 05** – Tabela (%) de morbidades em relação as (re) internações no setor pediátrico do gênero feminino.

Morbidades	(Re) internações	%
Doenças do aparelho Respiratório	16	0,29
Afecções causas no período perinatal	5	0,09
Doenças do aparelho digestivo	8	0,14
Algumas doenças infecciosas ou parasitárias	3	0,05
Lesões por envenenamento causas externas	2	0,04
Doenças do aparelho geniturinário	6	0,11
Doenças do sistema nervoso	2	0,04
Doenças de pele ou tecido subcutâneo	2	0,04
Neoplasias	0	0,00
Doenças do sangue ou imunitárias	0	0,00
Malformações congênitas	1	0,02
Sintomas ou sinais anormais ao exame clínico	2	0,04
Fatores externo que influenciam a saúde	5	0,09
Doenças endócrinas	2	0,04
Doenças nos olhos e anexos	1	0,02
Doenças nos ouvidos e anexos	1	0,02
Total	56	1,00

Fonte: GSUS

**Tabela 06** – Tabela (%) de morbidades em relação as (re) internações no setor pediátrico do gênero masculino.

Morbidades	(Re) internações	%
Doenças do aparelho Respiratório	12	0,29
Afecções causas no período perinatal	7	0,17
Doenças do aparelho digestivo	5	0,12
Algumas doenças infecciosas ou parasitárias	2	0,05
Lesões por envenenamento causas externas	2	0,05
Doenças do aparelho geniturinário	1	0,02
Doenças do sistema nervoso	1	0,02
Doenças de pele ou tecido subcutâneo	1	0,02
Neoplasias	0	0,00
Doenças do sangue ou imunitórias	0	0,00
Malformações congênitas	1	0,02
Sintomas ou sinais anormais ao exame clínico	2	0,05
Fatores externo que influenciam a saúde	5	0,12
Doenças endócrinas	2	0,05
Doenças nos olhos e anexos	1	0,02
Doenças nos ouvidos e anexos	0	0,00
Total	42	1,00

Fonte: GSUS

Por fim ao se trabalhar com as informações sobre as morbidades hospitalares no HRL é de extrema importância considerar os dados obtidos não representam apenas a ocorrência de internações por determinadas doenças, mas se traduzem num processo de saúde-doença em que estão envolvidos inúmeros aspectos como oferta de recursos, acesso aos serviços, a política de saúde do hospital, além das necessidades básicas da população. Pois, desta maneira o conhecimento sobre as causas, principalmente pelas internações e (re) internações hospitalares são muito importantes, pois permitem avaliar a assistência oferecida e assim refletir sobre a gestão e a política de saúde que esta sendo ofertada.

#### 4.3. PROPOSIÇÕES PARA REDUÇÃO DAS (RE) INTERNAÇÕES NA ALA PEDIÁ-TICA

Na busca da redução das internações e (re) internações primeiramente deve-se considerar o entendimento sobre o uso dos serviços hospitalares, quando associado às necessidades de saúde ele é considerado elemento básico a todos. Focando neste elemento o assistente social deve desenvolver e promover ações educativas, que visem promover o surgimento de um processo reflexivo nos pacientes e em seus familiares, para que estes possam participar do tratamento e da cura.

Quando se observa a inclusão de variáveis no modelo do uso de serviços hospitalares na internação não se alterou substancialmente o efeito das variáveis no indivíduo, ou seja, tanto para adultos como para as crianças, a oferta não alterou a relação entre as variáveis individuais de necessidade e o uso de internações hospitalares. Entretanto o assistente social deve estar amparado por uma teoria social, e conhecer o método para que possa lhe servir de guia, o qual lhe permitirá estabelecer estratégias e táticas de intervenção profissional. Afinal, esse achado mostrará que certo número de internações poderiam ser evitadas, permitindo que esses recursos fossem aplicados em outros serviços. Por outro lado, esse efeito significa também que, quando a oferta for insuficiente, internações justificadas por necessidades de saúde podem deixar de ocorrer. Os resultados encontrados ressaltam a importância das características dos indivíduos no uso de internações hospitalares.

Dentre as proposições que o profissional de serviço social deve realizar no atendimento ao paciente em situação de internação ou (re) internação é necessário que ele tenha noções gerais sobre a clínica e seus principais diagnósticos, a fim de intervir na problemática; Deve elaborar programas específicos de atuação, estabelecendo estratégias de intervenção esboçadas a partir da situação concreta do paciente e sua família; Proceder à entrevista individual onde se levantam questões previdenciárias, motivo da internação, estado de ânimo e interferências no cotidiano pessoal e familiar frente ao diagnóstico e tratamento proposto etc.; Avaliar e acompanhar o caso com visita diária ao leito; Realizar atendimento familiar quando o assistente social achar necessário, ou por solicitação do paciente, da equipe e familiares, motivadas por situação social; Identificar, discutir e avaliar com a família, possíveis situações sociais e econômicas que estejam interferindo no tratamento, bem como providenciar encaminhamento aos recursos comunitários, conforme necessário; Possibilitar ou facilitar contato entre a equipe médica e familiares do paciente; Realizar visita domiciliar quando necessário; Registrar o atendimento em documentação específica; Interpretar à equipe multidisciplinar os aspectos psicossociais e econô-

nicos que envolvem a questão da internação; Discutir os casos com a equipe multidisciplinar e por ultimo agilizar as altas sociais; Situações simples como a apresentação dos profissionais aos acompanhantes ao entrarem nas enfermarias e uso de uma linguagem clara com eles; reuniões interdisciplinares para troca de informações entre os profissionais; orientação quanto às normas e rotinas ao acompanhante no momento da admissão, a capacitação dos profissionais por meio de palestras e cursos de atualização. Mostrou-se ainda, a necessidade de observação sobre questões já definidas e principalmente sobre a compreensão do papel dos sujeitos, pertinente à equipe de saúde e aos acompanhantes, pautando-se nos fundamentos básicos que norteiam a política de humanização, em especial a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi conhecer a realidade social e econômica dos pacientes e familiares internados e (re) internados na pediatria do HRL, compreender as alterações psicossociais dos pacientes e familiares durante a internação e (re) internação e apontar as principais deficiências de infraestrutura para acomodação do paciente e o acompanhante, tudo isso tendo como base a perspectiva compreensiva no enfoque dado ao esclarecimento e discussão sobre as causas das internações e (re) internações da ala pediátrica do Hospital Regional do Litoral. Ressalta-se que a falta de estudos desenvolvidos sobre o tema, levam os assistentes sociais a construir seus conhecimentos a partir do senso em comum.

Desta maneira a inquietação advinda da imposição em relação a sua forma de interpretá-los seja pelos profissionais da área, gestores, políticos entram em conflito muitas vezes. A falta de comunicação entre os profissionais de saúde e das outras áreas nos apresentam um conflito de interesses. O enfrentamento das situações de abandono, violência e sofrimento que envolve a questão, casos mais comuns da internação, a manifestação dos órgãos de saúde tem sido muitas vezes falha para tentar solucionar os problemas gerados. A realidade hospitalar faz com que os profissionais de saúde por muitas vezes fiquem limitados nas suas ações. Fato esse que faz com que estes busquem a segurança para fazer algo melhor, dentro de uma realidade legal, onde se cumpram os direitos dos pacientes e os direitos e deveres dos profissionais.

Este estudo pretende provocar a reflexão sobre o encaminhamento que as internações e (re) internações na ala pediátrica devem tomar e ao mesmo tempo apresentar como se encontra de maneira secundária a mediação das situações cotidianas dentro do setor hospitalar na abordagem do serviço social. Diante de tal situação e de opiniões variadas, é imprescindível o debate sobre as políticas públicas, sobre o tratamento e sobre as ações preventivas, educativas que sejam efetivas, com trabalho. É um processo que deve ser valorizado e constantemente reavaliado.

Por fim, creio ter contribuído para a reflexão acerca do processo de construção do conhecimento profissional, ampliando os olhares para os fenômenos que são objetos do serviço social e ao mesmo tempo apresentar o caráter secundário que está atribuído à mediação do contexto social e de sua abordagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em 27/11/2014.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Ver. Esc. Enf. USP. Volume 30. Dezembro, 1996.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (adaptado). “Introdução à Temática da Gestão Social”. In: Ávila, Célia M. (coord.) 2001. Gestão de Projetos Sociais. 3ª Revista, São Paulo.

CFESS, “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais e Psicólogos na Política de Assistência Social”. 2009.

GAYOTTO, Dejanira Luiza Garcia. GIL, Luiz Albino Blumer. Serviço Social: que profissão é essa?. Revista Científica do IMAPES. Sorocaba, n.3, v. 3, Maio, 2005. p. 58-62.

GRUPO DE TRABALHO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE. Parâmetros para atuação do serviço social na saúde. Brasília, 2009. Disponível: <http://www.cfess.org.br/arquivos/pdf>. Acesso em 17/02/2015.

MARANHÃO, A. G. K. Situação da saúde das crianças no Brasil, Centro de informações em saúde da crianças. São Paulo. 2001

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 107, jul./set. 2011.

MELDAU, Debora Carvalho. O Sistema Único de Saúde – SUS Doutrina e forma de organização. São Paulo, 2011. Disponível em: [http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/sus\\_principios.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/sus_principios.pdf). Acesso em 19/02/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Entendendo o SUS. Disponível em: [http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_entendendo\\_o\\_sus\\_2007.pdf](http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf). Acesso em 13/09/2014.

PERES, L. A. Breve histórico das políticas de saúde deste século no Brasil. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>. Acesso em 27/11/2014.

REZENDE, Conceição A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008.

SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre. L&PM Editores, 1987.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da. ARIZONO, Adriana Davoll. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. Revista Ciências Humanas - Universidade de Taubaté (UNITAU).V. 1, n. 2, 2008.

SILVA, Kleber Pinto. A cidade, uma região, o sistema de saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas/SP. Campinas – Área de publicações CMU/UNICAMP, 1996.

SIMIONATTO, I. Caminhos e Descaminhos da política de saúde no Brasil. Inscrita. Revista do Conselho Federal de Serviço Social. Rio de Janeiro, ano 1,1997.

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: [tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipr.def)

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Brasília, 2009.

VASCONCELOS, A. M. de Serviço social e práticas democráticas na saúde. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.